

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA CRIANÇA

Andreia Basílio *

Carina Freitas **

RESUMO

Os comportamentos suicidários na criança são considerados situações raras. Contudo, o facto de estes parâmetros serem sub-notificados e pouco estudados dificulta a obtenção de estatísticas e informações fidedignas. O objetivo deste artigo é rever os conceitos atuais, epidemiologia, evolução do conceito de morte na criança, fatores de risco e de proteção e fornecer orientações para a avaliação clínica e abordagem terapêutica da crise suicidária.

Palavras-chave: Comportamentos suicidários, Ideação suicida, Suicídio, Tentativa de suicídio, Criança, Avaliação.

INTRODUÇÃO

Os comportamentos suicidários podem ser classificados em vários tipos (ver Quadro 1), dos quais destacamos pela sua gravidade, o suicídio, a tentativa de suicídio, a ideação suicida e outros comportamentos autolesivos sem intenção de morte (Hauser, Galling, & Correll, 2013). Nas crianças, estes comportamentos são oficialmente raros, sendo frequentemente subnotificados e registados como acidentes ou outras causas de morte (Marques, 2003; World Health Organization, 2014). Em qualquer das situações, estes comportamentos revelam grande sofrimento emocional, desespero e impulsividade presentes na população infantil (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006).

* Licenciatura em Estudos Básicos de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

** Pedopsiquiatra, Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal.

QUADRO 1

*Classificação dos comportamentos suicidários**

Eventos suicidas	Suicídio consumado
	Tentativa de suicídio
	Ato preparatório para um comportamento suicidário iminente
	Ideação suicida
Eventos não suicidas	Comportamentos autolesivos sem intenção suicida
	Outros, comportamentos autolesivos não intencionais
Eventos indeterminados ou potencialmente suicidas	Comportamento autolesivo, intenção suicidária desconhecida
	Sem informação suficiente

Nota. *de acordo com o algoritmo de classificação Columbia de Avaliação Suicida (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007).

Apesar de relevante, esta temática encontra-se pouco estudada especificamente em crianças. A maioria dos estudos que inclui crianças, não estabelece uma dissociação entre infância e adolescência. Por esse motivo e também para diferenciar dos estudos realizados exclusivamente em adolescentes, neste artigo, sempre que for mencionado crianças e adolescentes, os adolescentes referem-se à faixa etária cujo limite cronológico superior situa-se nos 14 anos de idade.

O suicídio (S) pode definir-se como a morte auto-infligida (Mann, 2003; Pfeffer, 2007). Em Portugal, a taxa de suicídio em crianças e adolescentes (entre os 5 e 14 anos) é de aproximadamente 0,3/100.000, com maior prevalência nos rapazes (World Health Organization, 2014). Apesar da sua incidência ser reduzida antes da adolescência, o suicídio é a 11ª causa de morte em crianças entre os 5 e os 11 anos nos Estados Unidos, tendendo a aumentar com a idade (Centers for Disease Control and Prevention, 2015a,b; Jordan, 2001; Murphy, Johnson, Wu, Fan, & Lohan, 2003). Neste país, as taxas de suicídio entre os 5 e os 14 anos duplicaram desde 1979 (Pfeffer, 2007). Os métodos de suicídio utilizados por crianças e adolescentes podem ser muito violentos (enforcamento, sufocação, envenenamento, armas de fogo), representando atos de impulsividade e desconhecimento em relação às consequências dos mesmos e da própria morte (Dumais et al., 2005).

A tentativa de suicídio (TS) consiste em qualquer ato auto-infligido e autodestrutivo não fatal mas com manifesta intenção de morte, seja ela implícita ou explícita (Shaffer et al. 2001). Na criança e adolescentes, a tentativa de suicídio pode representar um pedido de ajuda, revelando vulnerabilidade emocional e inquietação, sendo que quanto menor a idade da

criança, mais complexo é avaliar a intencionalidade do seu ato (Marques, 2003). Por outro lado, a criança pode apresentar ideação suicida, mas a sua imaturidade cognitiva é protetora, e limita a capacidade de planeamento e de execução de uma tentativa de suicídio. No caso de realização de tentativas de suicídio por métodos pouco usuais e graves, estas podem ser preditoras de nova tentativa de suicídio (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

A ideação suicida (IS) caracteriza-se pela presença de pensamentos e/ou desejo de morrer ou de infligir a própria morte (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Aparece ser uma situação mais frequente do que a tentativa de suicídio, e os estudos sugerem que a sua prevalência é mais elevada quando relatada pela criança ou adolescente, do que quando descrita pelos pais (Velez & Cohen 1988). Na verdade, os familiares não imaginam na maioria das vezes que as suas crianças e adolescentes possam ter ideação suicida ou realizar tentativas de suicídio (Shoval et al., 2013). Um estudo recente realizado em sete países europeus (Portugal não incluído) constatou que a prevalência da ideação suicida em crianças e adolescentes em idade escolar (6-12 anos) variou entre 9,9 e 26,84% (Kovess-Masfety et al., 2015). Este estudo também concluiu que a prevalência de pensamentos suicidários aumenta com a idade (Mishara, 1999; World Health Organization, 2014), e estão correlacionados com fatores de risco, como a psicopatologia e disfunção familiar (Kovess-Masfety et al., 2015).

Os comportamentos autolesivos (CAL), denominados noutras nomenclaturas de para-suicídio (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006) ou equivalentes suicidários (Marques, 2003), correspondem a comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais (Carvalho et al., 2013/2017; Guerreiro & Sampaio, 2013; Tedo, 2004; World Health Organization, 2014). Alguns exemplos destas situações incluem: quando a criança ou o adolescente se colocam em frente de um carro em andamento; saltam de um local elevado; ingerem fármacos em sobredosagem, substâncias tóxicas (lixívia ou detergente) ou objetos não ingeríveis (lâminas ou pregos); ou adotam comportamentos violentos auto-infligidos (geralmente dirigidos para cabeça, boca e mãos). De salientar que este último exemplo é muito frequente em crianças e adolescentes com diagnóstico de défice intelectual ou cognitivo (Greydanus & Apple, 2011; Petty, Bacarese-Hamilton, Davies, & Oliver, 2014).

O Quadro 2 enumera vários métodos de comportamentos autolesivos utilizados por crianças e adolescentes (Greydanus & Apple, 2011). Na infância, as metodologias mais frequentes são “o morder e o arranhar” (Greydanus & Apple, 2011; Petty, Bacarese-Hamilton, Davies, & Oliver, 2014).

QUADRO 2

Métodos de comportamentos autolesivos

-
- | | |
|----|-----------------------------------------------|
| 1 | Batidas (dar pancadas) |
| 2 | Mordeduras |
| 3 | Arranhaduras |
| 4 | Beliscaduras |
| 5 | Auto-queimaduras |
| 6 | Auto-mutilações |
| 7 | Auto-envenenamento |
| 8 | Sobredosagem |
| 9 | Saltar de locais altos (edifícios, pontes) |
| 10 | Saltar para poços de água |
| 11 | Saltar para a estrada com carros em andamento |
-

Em relação à epidemiologia dos CAL em crianças no nosso país, não foram encontrados dados publicados. Em Portugal, e numa amostra clínica de 28 adolescentes entre os 12 e 17 anos, de uma unidade de internamento de pedopsiquiatria, verificou-se que 4 a 12 % dos internamentos tinham sido motivados por comportamentos autolesivos (Cordovil, Crujo, & Guerreiro, 2009). Numa amostra comunitária, também em adolescentes, cerca de 15,6 % dos jovens afirmaram terem-se magoado a si próprios no último ano (Matos et al., 2011). Apesar de serem considerados frequentes, o diagnóstico dos CAL em crianças e adolescentes é difícil, pois podem ser ocultados ou confundidos com acidentes (Marques, 2003). Situações duvidosas devem ser alvo de avaliação, e ocorrem geralmente em contextos patológicos, alguns associados a maus-tratos físicos, sexuais e/ou perturbações intrafamiliares. Os menores recorrem a estes comportamentos como meio de: expressarem o seu desespero e insatisfação para consigo próprios; evitarem ideações suicidas; ou ainda como tentativa de obterem ajuda dos outros (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Walsh, 2007). Torna-se, por isso, importante investigar cuidadosamente os comportamentos autolesivos junto dos pais e familiares, averiguando com que frequência ocorrem e em que contexto (familiar, social, escolar) (Marques, 2003). Se apresentarem um carácter repetitivo, poderão estar associados a um maior risco de suicídio (Chen et al., 2010; Hawton et al., 2012). Tal como referido anteriormente, em caso de falecimento da criança ou adolescente nestas circunstâncias, uma morte registada como acidente poderá representar um suicídio não notificado.

É pois imprescindível uma avaliação global cuidada a todas as crianças e adolescentes que apresentem comportamentos suicidários, e posterior tratamento

individualizado, prevenindo a reincidência e potencial suicídio (Klonsky & Olin, 2008).

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Parece-nos relevante descrever a evolução do conceito de morte na criança e adolescente no decorrer do seu desenvolvimento (ver Quadro 3) (Ferrari, 2004). Por exemplo, crianças com idade inferior a dez anos, não são capazes de medir a letalidade de uma tentativa de suicídio e de compreender os conceitos de irreversibilidade e de suicídio (Cuddy-Casey & Orvaschel, 1997).

QUADRO 3

Evolução do conceito de morte na criança e adolescente

Idade	Evolução do conceito de morte
Início de vida	Não conhece a morte (apenas conhece os conceitos de presente e ausente)
Criança pequena	Vida e morte como um ciclo reversível e permanente
≤4 anos	Morte como impossibilidade de ver, sentir ou mexer-se. Ideia limitada. Integração em rituais sociais (funerais)
≥5 anos	Morte como cessação, separação provisória e reversível
≥6 anos	Morte como acidente súbito e violento. Emoção perante a morte e medo da morte dos pais
≥7 anos	Carácter universal e inerente ao ser humano da morte. Representação fantasmática
8 anos	Conceito de irreversibilidade da morte. Aceita que todos vão morrer um dia
≥9 anos	Visão mais realista da morte em geral e da sua própria morte
10 a 11 anos	Deterioração do corpo. Questiona o que acontece depois da morte
12 anos	Preocupação com a natureza da vida após a morte
13 anos	Morte vista como acontecimento distante
14 anos	A vida é mais importante que a morte e desejo de viver intensamente

Durante a primeira infância, a criança desconhece a morte, e os conceitos de vida e de morte são representados pela presença e pela ausência. Por volta dos três anos, a vida e a morte situam-se num ciclo reversível e permanente, semelhante ao sono (dormir e acordar). Sucessivamente, a morte associa-se aos conceitos de insensibilidade (ver, sentir) e de imobilidade (mexer), adquirindo um significado mais concreto e integrando-se em rituais sociais (o funeral, o

caixão). Entre os cinco e os dez anos o conceito começa a adquirir um significado mais próximo do real. Primeiramente, o conceito de cessação, separação, ainda transitório e reversível. A morte é concebida como um acidente, inesperado e violento, resultante de acontecimentos externos. Posteriormente, aparece simultaneamente como universal (todos morremos) e dependente de fatores de ordem biológica (intrínseca ao ser humano). Consequentemente, a criança começa a associar o carácter temporal da morte à velhice. É por volta dos oito anos que o conceito de irreversibilidade da morte começa a criar forma. É evidente que a evolução deste conceito está dependente de outros fatores, como por exemplo: a forma como este é apresentado à criança; o desenvolvimento cognitivo, afectivo e a experiência pessoal da criança (trabalho precoce de luto, doença letal na criança). Ou seja, de acordo com a realidade envolvente, a criança poderá incorrer por uma maturação mais precoce do conceito de morte. Em casos específicos, como a criança vítima de doença terminal, esta frequentemente apresenta consciência da sua própria morte e fala abertamente sobre o assunto (Ferrari, 2004).

FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Os vários tipos de comportamentos suicidários apresentam etiologia heterogénea e estão associados a distintos fatores de risco e a correlações entre eles (Centers for Disease Control and Prevention, 2015a,b).

Os fatores de risco podem ser individuais, familiares e ambientais (ver Quadro 4). Nenhum fator de risco é patognomónico de suicídio (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011). Contudo, eles são cumulativos e a sua gravidade é importante para prever um evento suicidário (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011). Não obstante, por vezes os comportamentos suicidários tendem a surgir de forma inesperada (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

São índice de pior prognóstico: planeamento do ato; existência de manifesta intenção de morte; utilização de métodos letais e violentos; evicção de que o comportamento seja descoberto, a existência de perturbações psiquiátricas subjacentes e tentativa de suicídio anterior (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Greydanus & Shek, 2009; Skegg, 2005). O risco tende a aumentar se os fatores subjacentes não forem corrigidos (Murray, MacDonald, & Fox, 2008).

Também é importante ter em conta os fatores de proteção de comportamentos suicidários (ver Quadro 5).

QUADRO 4

Factores de risco de comportamentos suicidários

Individuais	Fatores genéticos	Predisposição biológica (Sistema dopaminérgico)
	Fatores psicológicos (traços de personalidade e características individuais)	Impulsividade, rigidez cognitiva, fraco insight, dificuldades na resolução de problemas, dificuldades relacionais, desesperança
	Défices cognitivos	Défice cognitivo – CAL
	Idade	Risco aumenta com a idade
	Raça	Negra
	Género	Feminino – maior risco para TS e CAL Masculino – maior risco para suicídio
	Orientação sexual	Homossexual e bissexual
	Comportamentos suicidários prévios	Ideação suicida, tentativa de suicídio
	Psicopatologia	Perturbação Psicótica, Perturbação Depressiva, Perturbação do Comportamento Perturbação Bipolar Pediátrica Perturbação de Ansiedade Perturbacao de Hiperactividade e Défice de Atenção
	Doenças médicas	Cancro, Epilepsia, infecção por HIV, Doença de Huntington, Hemofilia, Autismo, Diabetes
Famíliares	Tratamentos farmacológicos	Antidepressivos
	Patologia psiquiátrica parental	Perturbação depressiva materna Comportamentos aditivos Comportamentos suicidários
	Disfunção familiar	Conflitualidade intra-familiar Experiências carenciais, rejeição Exposição a violência Maus tratos físicos e sexuais Supervisão parental inadequada Baixo nível de comunicação pais-filhos Morte, ausência, separação, divórcio dos pais
	Baixo nível socio-económico	Baixos rendimentos, baixa escolaridade, sobrelotação habitacional
	Fenómenos de imitação/contágio por exposição	Real – TV, internet Ficção – TV (filmes) e videojogos
Ambientais/ /Sociais	Eventos de vida precipitantes	Conflitos ou perdas afectivas (pais, pares ou românticas) Problemas escolares (disciplinares, bullying, insucesso académico, humilhação) Problemas judiciais
	Isolamento social	Rede de suporte social reduzida
	Acesso a meios letais	Zonas rurais (armas de fogo)

Legenda: CAL – Comportamentos autolesivos; TS – Tentativa de suicídio.

QUADRO 5

Fatores de proteção de comportamentos suicidários

-
- | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Imaturidade cognitiva – incapacidade de elaboração de um plano |
| 2 | Medo da dor |
| 3 | Consciência da dor emocional que a sua morte causaria nos entes queridos |
| 4 | Desejo de não perder um evento de vida importante |
| 5 | Religiosidade |
| 6 | Boas estratégias de adaptação |
| 7 | Bom nível de comunicação pais-filhos |
| 8 | Ambiente familiar seguro e contentor |
| 9 | Boas relações com grupos de pares e integração escolar adequada |
| 10 | Boa acessibilidade a apoios e tratamentos médicos |
-

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE EM CRISE SUICIDÁRIA

Qualquer criança ou adolescente com pensamentos, planos ou história prévia de comportamentos autolesivos ou tentativa de suicídio têm indicação para avaliação médica, pelo risco iminente de recorrência (World Health Organization, 2010). Normalmente, as famílias dirigem-se, inicialmente, aos cuidados de saúde primários, que segundo a gravidade, reencaminham para avaliação nos serviços de urgência (SU) hospitalares. A maioria dos SU não têm pedopsiquiatras nas suas equipas, daí a necessidade dos pediatras estarem preparados para avaliar e intervir neste tipo de problemáticas. O Quadro 6 resume os principais aspectos a avaliar (comportamento suicidário, criança ou adolescente, família e ambiente) e possíveis orientações.

Durante a colheita da história clínica, sugere-se a entrevista a várias fontes de informação (criança/adolescente, familiares ou cuidadores, acompanhantes da escola ou qualquer outro indivíduo próximo da criança), e a criança ou adolescente devem ser entrevistados individualmente. Estudos mostram que a criança ou adolescente devem ser questionados sobre ideação suicida, sobre as razões dos comportamentos autolesivos realizados (Lansdown & Benjamin, 1985; Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011; World Health Organization, 2010), e que esta abordagem contribui para diminuir a ansiedade e para que a criança ou adolescente se sintam compreendidos. Se este tema não for perguntado, a criança ou o adolescente não irão abordá-lo. Esta abordagem parece ser aceite pelas respectivas famílias, e não se encontra associada ao risco de iatrogenia por indução de comportamentos suicidários (Gould et al., 2005;

Mathias, Furr, Sheftall, Hill-Kapturczak, Crum, & Dougherty, 2012). As crianças e adolescentes geralmente conseguem partilhar o que sentem, sendo que com o avançar da idade existe uma maior facilidade e clareza nos relatos (Romanowickz, O'Connor, Schak, Swintak, & Lineberry, 2013).

QUADRO 6

Parâmetros a avaliar na crise suicidária

Parâmetros a avaliar na crise suicidária		Orientações
Comportamento suicidário	Acidental ou intencional Grau de intencionalidade suicida: Frequência, intensidade, duração Letalidade médica: Método utilizado Planeamento do ato Nota de suicídio Verbalização da intenção expressa de morte Procura de auxílio Fatores precipitantes	Prevenir a recorrência
Criança	Ideação suicida: Motivação para CS prévios Exame do estado mental: Psicopatologia subjacente, tratamentos atuais e resposta a tratamentos realizados Traços de personalidade Maus tratos/Abusos	Consultas especializadas de Pedopsiquiatria Vigilância e supervisão da administração da medicação Apoio psicoterapêutico: Desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas, e controlo de impulsos Serviço Social, sinalização e articulação com a CPCJ
Família	Psicopatologia parental Crise conjugal Conflitos intrafamiliares	Encorajar pais a procurar tratamento Aconselhamento matrimonial Intervenções familiares ou terapia familiar Psicoeducação: Resolução de conflitos
Ambiente/Social	Acesso a meios letais Isolamento social	Supervisionar e restringir o acesso a meios Desenvolvimento de recursos na comunidade: Plano de proteção à criança, investimento em actividades extracurriculares

Legenda: CS – Comportamentos Suicidários; CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

É fundamental identificar se o comportamento suicidário foi intencional ou acidental, o grau de letalidade, planeamento e esclarecer em que circunstâncias ocorreu (Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2008; Marques & Cepêda, 2009; Rudd, 2006; Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011; Shaffer et al., 2001). A avaliação no SU é muito importante para prevenir o risco de recorrência, pois só uma minoria tem acesso a tratamentos especializados na área da Pedopsiquiatria e destes, muitos abandonam o acompanhamento e tratamento em ambulatório, só reaparecendo nos períodos de crise. Crianças e adolescentes com comportamentos suicidários prévios apresentam um intervalo de tempo de um ano até à sua repetição (Bergen, Hawton, Waters, Cooper, & Kapur, 2010), especialmente aqueles que sofrem maus tratos (Rhodes et al., 2013), sexo feminino, residentes em áreas isoladas e com familiares portadores de perturbações mentais (Rhodes et al., 2013). No caso de crianças e adolescentes não verbais ou pouco comunicativas, pode recorrer-se ao desenho da família humana, como alternativa (Zalsman et al., 2000), para complementar a entrevista clínica. A entrevista à família é essencial para obter informações sobre a dinâmica familiar, psicopatologia parental, grau de disponibilidade, suporte e supervisão ao menor, capacidade de providenciar um ambiente seguro e restringir acesso a meios letais. Se for detectada problemática social relevante, é importante solicitar a colaboração do serviço social (Rhodes et al., 2013).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Nas crianças com mais idade e adolescentes com maturidade cognitiva, é possível elaborar um plano ou contrato de segurança, que é um compromisso em estes assumem não fazer mal a si próprios ou informar o médico, pais ou outros adultos se voltarem a manifestar ideação suicida. Ao estabelecer este contrato o médico consegue avaliar a motivação e intencionalidade suicida e no caso de recusa pode ser indicador da necessidade de internamento. Também pode ocorrer casos em que as crianças e adolescentes aceitem, mas sem intenção de o cumprir (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

Depois de avaliados todos os parâmetros, se os fatores de risco forem maiores do que os fatores de protecção, o internamento hospitalar deve ser a opção até se estabilizar a situação (Shaffer et al., 2001), principalmente se persiste a ideação suicida ou alteração do estado mental. Em caso de dúvidas, é recomendável ser conservador e “pecar por excesso” (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

Se o médico está seguro de que a criança ou adolescente não apresenta a possibilidade iminente de adotar comportamentos suicidários, e quando existe suporte familiar suficiente e supervisão adequadas, num ambiente seguro com limitação ao acesso a meios letais, o menor poderá ter alta e realizar o tratamento em ambulatório. Neste caso, os pais e/ou cuidadores deverão ser corretamente informados sobre as medidas a adotar em caso de situações de crise (Shaffer et al., 2001), e a criança ou adolescente e família devem ser encaminhados para a consulta de pedopsiquiatria, de modo a ser realizada uma avaliação mais completa.

Convém salientar que as tentativas de suicídio ocorrem mais frequentemente no período da tarde entre a saída da escola e a noite (hora de deitar), um período que pode estar a ser pouco estruturado e sem supervisão dos pais, especialmente após a ocorrência de factores precipitantes. Por isso, o aumento da supervisão é uma medida imediata a ser recomendada, assim como a diminuição dos conflitos em casa (Schloredt, Flynn, Collett, & Myers, 2011).

Pósvenção: após a ocorrência de um comportamento suicidário, os pais/ cuidadores devem beneficiar de apoio emocional para aliviar o sentimento de culpa. A família deverá ser informada de que atitudes de hostilidade e criticismo à criança ou adolescente deverão ser evitadas, e que o risco de comportamentos imitativos por outros menores na família deverá ser minimizado (World Health Organization, 2010).

CONCLUSÃO

Os comportamentos suicidários na infância e adolescência podem ter várias apresentações e graus de gravidade. Apesar da nomenclatura diversa e controversa, há convergência de que são um problema de saúde pública prioritário. Todas as crianças e adolescentes que se apresentem nos serviços de saúde com comportamentos autolesivos, ideação suicida ou tentativas de suicídio devem receber uma avaliação dos riscos e das necessidades. É crucial saber identificar, avaliar, tratar e prevenir a reincidência e potencial suicídio.

A literatura científica nesta área em Portugal é escassa. Seria desejável mais investigação epidemiológica em crianças, dissociada dos estudos em adolescentes, para auxiliar na compreensão da trajectória desenvolvimental dos comportamentos suicidários e planeamento de intervenções mais específicas e eficazes nestas faixas etárias. Que este artigo possa servir de estímulo a todos os clínicos e investigadores.

BIBLIOGRAFIA

- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *J Affect Disord*, 127(1-3), 257-265.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord*, 105(1-3), 25-33.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 372-394.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., . . . Santos, N. (2013/2017). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Lisboa: Direção-Geral da Saúde 2013.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015a). *Fatal Injury Reports, National and Regional, 1999-2013* [Consultado em 2 de agosto de 2015]. Disponível em http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015b). *Leading causes of death reports, national and regional, 1999-2012* [Consultado em 24 de julho de 2015]. Disponível em http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10_us.html
- Chen, V. C., Tan, H. K., Cheng, A. T., Chen, C. Y., Liao, L. R., Stewart, R., . . . Prince, M. (2010). Non-fatal repetition of self-harm: Population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry*, 196(1), 31-35.
- Cordovil, C., Crujo, M., & Guerreiro, D. F. (2009). Tentativas de suicídio em adolescentes internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Rev Sau Mental*, XI, 15-20.
- Cuddy-Casey, M., & Orvaschel, H. (1997). Children's understanding of death in relation to child suicidality and homicidality. *Clin Psychol Rev*, 17(1), 33-45.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Lalovic, A., Seguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., & Turecki, G. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry*, 162(7), 1375-1378.
- Ferrari, P. (2004). Morte na criança (conceito de). In H. Didier, E. Michéle, & M. Françoise (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (1st ed, pp. 581-584). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(3), 1635-1643.
- Greydanus, D. E., & Apple, R. W. (2011). The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *J Multidiscip Healthc*, 4, 183-189.
- Greydanus, D. E., & Shek, D. (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med*, 58(3), 144-151.

- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. 2013. *Rev Port Saúde Pública*, 31(2), 213-222.
- Hauser, M., Galling, B., & Correll, C. U. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: A systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disord*, 15, 507-523.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(12), 1212-1219.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*, 31(1), 91-102.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psychol*, 76(1), 22-27.
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D., Goelitz, D., Kuijper, R., Otten, R., Moro, M., . . . Carta, M. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *J Affect Disord*, 177, 28-35.
- Lansdown, R., & Benjamin, G. (1985). The development of the concept of death in children aged 5-9 years. *Child Care Health Dev*, 11(1), 13-20.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*, 4, 819-828.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários* (pp. 33-35). Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, M. (2003). Suicídio. In J. M. Palminha & E. M. Carrilho (Eds.), *Orientação diagnóstica em pediatria: Dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial 2* (pp. 727-728). Lisboa: Lidel.
- Mathias, C. W., Furr, M., Sheftall, A. H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P., & Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation?. *Suicide Life Threat Behav*, 42(3), 341-351.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., et al. (2011). *A Saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social & Saúde; Projecto "Health Behaviour in School-aged Children" [consultado em agosto de 2011]. Disponível em <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>
- Mishara, B. L. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*, 29(2), 105-118.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Stud*, 27(1), 39-61.

- Murray, C. D., MacDonald, S., & Fox, J. (2008). Body satisfaction, eating disorders, and suicidal ideation in an internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. *Psychol Health Med*, 13(1), 29-42.
- Petty, J. L., Bacarese-Hamilton, M., Davies, L. E., & Oliver, C. (2014). Correlates of self-injurious, aggressive and destructive behaviour in children under five who are at risk of developmental delay. *Res Dev Disabil*, 35(1), 36-45.
- Pfeffer, C. R. (2007). Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (4th ed., pp. 529-538). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*, 164, 1035-1043.
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bethell, J., Wekerle, C., Tonmyr, L., Goodman, D., . . . Manion, I. (2013). Child maltreatment and repeat presentations to the emergency department for suicide-related behaviors. *Child Abuse Negl*, 37(2-3), 139-149.
- Romanowickz, M., O'Connor, S. S., Schak, K. M., Swintak, C. C., & Lineberry, T. W. (2013). Use of the Suicide Status Form-II to investigate correlates of suicide risk factors in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *J Affect Disord*, 151(2), 467-473.
- Rudd, D. M. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355-360). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schloretdt, K., Flynn, C., Collett, B., & Myers, K. (2011). Suicidality and youth: Identification, treatment, and prevention. In K. Cheng & K. M. Myers (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: The essentials* (2nd ed., pp. 582-611). Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, C. V., Beitchman, J., Benson, R. S., . . . Spirito, A. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(7), 24s-51s.
- Shoval, G., Mansbach-kleinfeld, I., Farbstein, I., Kanaaneh, R., Lubin, G., Apter, A., . . . Zalsman, G. (2013). Self versus maternal reports of emotional and behavioral difficulties in suicidal and non-suicidal adolescents: An Israeli nationwide survey. *European Psychiatry*, 28(4), 235-239.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Tedo, F. P. (2004). O suicídio na criança. In H. Didier, E. Michéle, & M. Françoise (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (1st ed., pp.969-972). Lisboa: Climepsi Editores.
- Velez, C. N., & Cohen, P. (1988). Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: Maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(3), 349-356.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *J Clin Psychol*, 63(11), 1057-1068.

- World Health Organization. (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Switzerland: World Health Organization.
- Zalsman, G., Netanel, R., Fischel, T., Freudenstein, O., Landau, E., Orbach, I., . . . Apter, A. (2000). Human figure drawings in the evaluation of severe adolescent suicidal behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(8), 1024-1031.

ABSTRACT

Suicidal behaviors in children are considered rare conditions. However, the fact that these behaviors are underreported and poorly studied could account for difficulties in obtaining reliable data. The main goal of this paper is to review the actual concepts, epidemiology, the development of the concept of death in children, risk and protection factors and to derive guidelines in clinical assessment and management in suicidal crisis.

Key words: Suicidal behaviors, Suicide ideation, Suicide, Suicide attempt, Children, Assessment.